

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 - N° 61

LE PROBLÈME
DE
L'ASSISTANCE AUX TUBERCULEUX
ET CLAIRVIVRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 17 Décembre 1934

PAR

Jean-Baptiste PLUMAUZILLE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Ayen (Corrèze) le 5 Janvier 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. LEURET, professeur.....	Président.
		DUPÉRIÉ, professeur.....	Juges
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		FONTAN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1934

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

1934-1935 - N° 61

LE PROBLÈME
DE
L'ASSISTANCE AUX TUBERCULEUX
ET CLAIRVIVRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 17 Décembre 1934

PAR

Jean-Baptiste PLUMAUZILLE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Ayen (Corrèze) le 5 Janvier 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. LEURET, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUPÉRIÉ, professeur....	<i>Juges.</i>
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		FONTAN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC
ASSESSEUR : M. GUYOT
DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
 DENIGÈS, SELIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale { MAURIAC	Clinique ophtalmologique . TEULIÈRES
Clinique chirurgicale { DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infan- ROCHER
Clinique chirurgicale et gynécologique... GUYOT	Clinique médicale des mala- CRUCHET
Pathologie et thérapeutique générales... CARLES	dies des enfants DELAUNAY
Clinique d'accouchements.. ANDÉRODIAS	Chimie biologique et médicale SIGALAS
Anatomie pathologique et microscopie clinique SABRAZÈS	Physique médicale et pharmaceutique... BONNIN
Anatomie VILLEMIN	Médecine coloniale et Clini- PETGES
Anatomie générale et histologie... G. DUBREUIL	que des maladies exotiques
Hygiène LEURET	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques.....
Médecine légale et déontologie LANDE	Clinique des maladies des voies urinaires..... DUVERGEY
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale RÉCHOU	Clinique des maladies nerveuses et mentales ABADIE
Chimie CHELLE	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN
Botanique et matière médicale GOLSE	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT
Pharmacie DUPOUY	Hydrologie thérapeutique et Climatologie GREYX
Zoologie et parasitologie MANDOU	Clinique dentaire..... CAVALIÉ
Médecine expérimentale ... AUBERTIN	

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique),
 PERRENS (Maladies mentales), PAPIN (Chirurgie générale)
 R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie .. { DUBECQ	Chirurgie générale { CHARRIER
Physiologie... .. { DUFOUR	Obstétrique LOUBAT
Médecine générale { FABRE.	Ophtalmologie RIVIÈRE
N... .. { DAMADE	Oto-rhino-laryngologie... BEAUVIEUX
PIECHAUD	Dermatologie et syphilogra- DESPONS
DELMAS-MARSALET	phie JOULIA
DE GRAILLY	Physique médicale WANGERMEZ
FONTAN	Chimie générale, pharmacie et toxicologie.. VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire PAPIN	Puériculture FAUGÈRE
Physiologie FABRE	Pharmacie chimique..... VITTE
Pathologie médicale..... DELMAS-MARSALET	Zoologie et parasitologie ... R. SIGALAS
Accouchements PERY	CABANNES (en congé)
Ophtalmologie	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde
affection et de mon immense
gratitude.

A MON ONCLE LOUIS REYNAUD
ET A MA TANTE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES CAMARADES
DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉCHAUD

MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

Qui nous a toujours reçu avec bienveillance
au cours de ce travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

ET DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEURET

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM XAVIER-ARNOZAN

MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'HYGIÈNE DE FRANCE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de
présider cette thèse.

AVANT-PROPOS

Peut-être nous trouvera-t-on bien audacieux d'aborder un tel sujet; le problème de l'assistance aux Tuberculeux a fait l'objet d'un monceau de publications. A propos de Clair-vivre, de violentes polémiques se sont engagées. Aussi, proche voisin de la cité sanitaire française et nous intéressant vivement à l'expérience qui a été tentée, nous avons tenu à nous faire une opinion personnelle; c'est cette opinion que nous avons cru bon de rapporter dans ce travail.

INTRODUCTION

Le Problème post-sanatorial

Depuis bien longtemps, les phthisiologues n'ont pas borné leur activité à la seule clinique : ils ne considèrent pas leur œuvre comme achevée lorsque le malade sort du sanatorium. Le tuberculeux soigné durant de longs mois, qu'on est arrivé à améliorer, à guérir même depuis la mise en œuvre de médications actives, comme la crysothérapie, le collapsus pulmonaire, l'héliothérapie, est souvent voué à la rechute si on l'abandonne à son sort; il revient, au bout de peu de temps, finir à l'hôpital une existence lamentable.

On lui conseille, à la sortie du sanatorium, de se surveiller, de se reposer, de respecter des règles d'hygiène rigoureuses. Mais il y a la vie avec ses exigences : le malade, l'ouvrier qui a quitté un logis insalubre pour aller au sanatorium devra y revenir à sa sortie. Il a une femme, des enfants à nourrir; ses économies, dont il a rogné une partie au cours de sa cure, ne lui permettront plus de subvenir au nécessaire : il devra revenir à l'usine, à l'atelier.

Mais, nouvel écueil : il y a du chômage et le patron admettra difficilement un ouvrier diminué dans sa capacité de travail. C'est un ancien tuberculeux et, à ce titre, suspect, même aux yeux de ses camarades; autant de raisons pour qu'on lui refuse l'emploi qu'il demande.

Si c'est une femme, le problème est aussi angoissant : elle reviendra dans son foyer et devra reprendre vite les dures besognes du ménage. La tuberculose réapparaît et, avec elle, la contamination d'une famille.

Dès lors, c'est toute la prophylaxie de la tuberculose qui est remise en question : l'action des dispensaires devient inopérante.

Comment sortir de ce douloureux dilemme qui intéresse à la fois l'individu et la société ?

Dans tous les pays du monde, des médecins, des sociologues ont cherché des solutions; on fit de multiples expériences et cette multiplicité indique clairement qu'aucune n'a donné pleine satisfaction : écoles de rééducation, ateliers, colonies, etc.

Le premier et le plus grand écueil sur lequel se heurtent toutes les tentatives est l'écueil financier :

La société consentira à donner aux cliniciens pour qu'ils recherchent une solution définitive à la thérapeutique de la tuberculose. C'est pour elle d'intérêt immédiat. Elle en sent la nécessité. Mais elle sera réticente quand il s'agira d'œuvres dont elle doute.

Et l'œuvre, une fois créée, instituée en organisme autonome, sera, à ce titre, engagée dans la lutte pour la vie si dure à présent : dans les ateliers, les colonies, les tuberculeux rééduqués fabriqueront des produits; il faudra les écouler. Leur prix de revient sera élevé et l'acheteur qui, par ces temps de crise, ne s'embarrasse pas de philanthropie, ira au meilleur marché !

On se rend compte de la difficulté de l'assistance post-sanatoriale; l'idéal, évidemment, consiste à la rendre inutile et à faire du tuberculeux, dès sa sortie, un homme comme les autres, apte à se défendre. Nous croyons que le gros empêchement que rencontre le tuberculeux guéri pour son reclassement dans la société, c'est, beaucoup plus que sa propre faiblesse, cette phobie de la contagion de la tuberculose, même de ses amis et de ses maîtres.

Cette phobie, les médecins ont d'ailleurs beaucoup contribué, au début de notre siècle, à la répandre dans le public; ils ont maintenant le devoir de lutter contre l'opinion : « Enseigner l'improbabilité de la transmission de la tuber-

culose entre adultes fera beaucoup pour faciliter la rentrée des malades congédiés dans la vie ordinaire et dans les emplois convenables », disait le Docteur Vos au dernier Congrès, à Amsterdam.

Mais, tant que nous ne possédons pas de moyens définitifs de guérison qui fassent disparaître toute équivoque, tant que le tuberculeux, même guéri du point de vue clinique, reste un homme diminué dans la vie courante, les cliniciens et les sociologues doivent rechercher une solution pratique à son reclassement et la société doit les y aider. D'ailleurs, c'est pour elle une opération intéressante, non pas seulement du point de vue humanitaire : elle gagnera si elle fait d'un malade finalement à sa charge un homme susceptible d'assurer seul son existence.

Mais, lorsque les pouvoirs publics consentent à faire de gros sacrifices financiers, comme à Clairvivre, lorsque l'Etat consent à donner les fonds nécessaires à la création d'une œuvre d'une telle importance, on comprend la lourde responsabilité qu'encourent les instigateurs ; un échec, mais c'est s'aliéner pour longtemps toute aide efficace des gouvernements ; le public ne comprendra pas qu'on gaspille ses deniers pour un résultat médiocre. M. Loubradou, un des administrateurs, l'avait bien compris quand il disait, dans un rapport sur le village sanitaire : « Mettez-vous bien cela dans la tête qu'il faut que cette œuvre réussisse et qu'elle réussisse 100 %. Nous n'avons pas le droit de manquer le train : il faut arriver. »

La partie était grosse à jouer, mais elle s'engageait avec des atouts : beaucoup d'argent, un soutien efficace de l'Etat, des malades à l'abri du besoin. Les créateurs de Clairvivre l'ont-ils gagnée ? L'avenir le dira, mais, d'ores et déjà, après un an d'existence, les résultats ne sont pas concluants.

Pourtant, le village sanitaire, organisme complet, paraissait à beaucoup de cliniciens comme la solution idéale du problème de l'assistance aux tuberculeux. Il avait fait ses preuves en Angleterre et tout le monde se lamentait, en

France comme à l'étranger, d'ailleurs, de ne pas voir s'élever des villages sur tout le territoire. « Qui nous dotera de nombreux Papworth ? » disait Léon Bernard en 1922. On ne comprendrait pas que l'expérience française ne soit pas une réussite. Car c'est une question d'ordre international. M. Varrier Jones, le génial créateur du village anglais, disait, à la Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose, à Amsterdam :

« Il faut que nous nous attachions à étudier, à réunir, à coordonner les méthodes de soins après le sanatorium qui ont été employées dans tous les pays du monde ; il faut que chaque avance faite dans ce domaine par un pays soit immédiatement connue des autres. »

Quelle contribution la France apportera-t-elle avec Clair-vivre ?

CHAPITRE PREMIER

Le Travail dans la Tuberculose

Il y a bien longtemps que les cliniciens se sont aperçus que le travail était loin d'être défavorable à la cure de la tuberculose.

Sydenham, au ^{xvii}^e siècle, préconise, comme traitement spécifique des maladies du poumon, l'équitation. « Cet exercice, disait-il, a une action favorable par ce fait que les secousses ressenties au cours d'une promenade à cheval favorisent l'activité et la dilatation des bronches. »

Un siècle plus tard, l'Italien Salvadori, partant de la même notion, préconise pour certaines de ses maladies le sciage du bois.

Mais il faut arriver à la fin du ^{xix}^e siècle pour trouver des expériences vraiment intéressantes :

Wolff-Immermann, dans le sanatorium de Reiboldsgrün, en Saxe, destiné à des malades aisés, soigna, au cours de l'hiver 1892-93, quelques ouvriers tuberculeux dans le but d'étudier une cure de travail, et, en 1893, Gebser pouvait déclarer que les malades avaient retiré un bénéfice certain de l'effort accompli dans des conditions spéciales bien réglées.

Cependant, ce fut en France que, pour la première fois, furent créées des œuvres dignes de retenir l'attention. Le Docteur Vaudremer, en 1896, entrevit les deux côtés du problème de l'assistance aux tuberculeux : problème médical, problème social, et il essaya de le résoudre dans sa

colonie agricole de Cannet. Aussi revendique-t-il avec juste raison, pour lui et la médecine française, l'honneur d'avoir fait le premier pas.

« Aujourd'hui, écrit-il, le système a été si bien adapté, surtout à l'étranger — en Angleterre particulièrement — que notre méthode, au sujet de laquelle nous avons documenté nos confrères anglais, arrive chez nous revêtue d'une étiquette anglaise et a l'honneur du succès dans les journaux médicaux français, opposée à la méthode allemande; nous en revendiquons la propriété, non pas seulement pour nous, mais pour la médecine française. »

En effet, vingt ans avant Papworth et les expériences anglaises, Vandremér préconisait ce qui est à la base des villages sanitaires :

« Le travail dans le cadre de la vie familiale. »

Quelques années plus tard, en 1900, le Docteur Calmette, appliquant les mêmes principes, fonda le village de Montigny. Mais, à ce moment déjà, l'expérience aboutit à un échec financier; l'œuvre fut abandonnée rapidement.

C'est avec Patterson que le travail considéré comme thérapeutique est introduit en clinique.

Patterson réussit à faire admettre par de nombreux cliniciens que le travail devait non seulement être permis, mais recommandé à leurs malades. « Evidemment, disait-il, il faut des conditions spéciales et ce médicament doit être manié avec douceur. »

Sa cure de travail ne s'applique qu'au tuberculeux apyrétique qui ne crache plus de bacilles. Et il constate, grâce à sa méthode, « la régression rapide de certains foyers torpides, latents et restés en *statu quo* malgré une cure sanatoriale prolongée ».

Il s'appuie sur des principes d'ailleurs fort discutables :

Le travail entraînerait, d'après lui, « une auto-inoculation curative et immunisante de tuberculine endogène par résorption des produits tuberculeux provenant des foyers ».

D'où l'idée de faire travailler les tuberculeux en dosant

méticuleusement leur travail, « en recourant à des échelles d'effort et de durée où tout, jusqu'au poids de l'outil, est minutieusement réglé ».

Le travail qu'il fait accomplir est facile. Il distingue six degrés :

1° *Repos complet* et au lit pendant dix jours.

2° *Travail du panier* (Degrés I, II, III).

Chaque degré dure une semaine : il consiste à porter des matériaux à une certaine distance :

a) 12 livres à 50 yards 80 fois par jour;

b) 18 livres à 50 yards 80 fois par jour;

c) 24 livres à 50 yards 80 fois par jour.

3° *Travail à la petite pelle et à la petite pioche* (Degré IV).
Durée : deux semaines.

4° *Travail à la grande pioche et à la grande pelle* (Degré V). Durée : deux semaines.

5° Même travail durant *six heures* par jour (Degré VI).

D'après Patterson et de nombreux cliniciens après lui, les résultats sont excellents :

« Le poids diminue au début, puis augmente. Les forces, l'essoufflement, l'expectoration, l'appétit s'améliorent. Au début, le malade a des réactions fébriles intenses, puis tout rentre dans l'ordre. Ces réactions sont, du reste, sans rapport avec la gravité lésionnelle apparente et sont réduites au minimum à l'occasion du travail professionnel antérieur du malade, en raison de l'accoutumance musculaire.

« La capacité respiratoire et l'ampliation thoracique augmentent, la pression artérielle est renforcée. »

On a objecté qu'il n'y a pas de grosses différences quand on compare les résultats fournis par la cure sanatoriale seule, d'une part, et par la cure de travail, d'autre part. Mais ce qui semble indéniable, c'est que la cure de travail suivant la cure sanatoriale donne des résultats beaucoup plus stables : le malade sortant du sanatorium est un convalescent délicat qui réagira durement aux moindres affec-

tions, à l'occasion du moindre effort. S'il a suivi la cure de travail, il pourra beaucoup plus facilement, et avec moins de risque, reprendre son activité professionnelle.

Cette méthode si simple eut des détracteurs, mais elle fut admise rapidement par de nombreux cliniciens.

En janvier 1908, Patterson expose les résultats à la Société médicale de Londres. Philip l'applique avec succès à l'hôpital Royal-Victoria, à Edimbourg. Enfin, elle reçoit la consécration officielle au VI^e Congrès de la Tuberculose, à Washington, où elle est adoptée par la plus grande partie du monde médical.

Elle a été connue en France, en 1909, grâce au Docteur Dumarest, qui l'appliqua dans son sanatorium de Hauteville. Elle fut d'abord accueillie avec froideur, presque hostilité. Puis, rapidement, on l'admit à Bligny, à Tonnay-Charente, mais en la modifiant.

Le travail monotone et fastidieux de Patterson fut rapidement abandonné et l'on s'appliqua à le rendre utile.

Dès lors, l'œuvre à accomplir était belle pour le clinicien : en modifiant, dirigeant, adaptant le travail du tuberculeux, on allait faire d'une pierre deux coups : le guérir, ou en tout cas l'améliorer, et en même temps l'armer pour la lutte pour la vie à la sortie du sanatorium.

Du point de psychique, au lieu du repos absolu qui engendrait l'ennui, le pessimisme, chez le malade, une activité qui lui ferait oublier son mal.

« Le travail, dans la tuberculose, est un remède d'or pourvu qu'il soit gradué suivant les forces du malade », dit M. Varrier Jones. Du point de vue moral, les avantages sont considérables. Le malade oublie son mal; il ne le rumine plus pendant de longues heures sur la chaise longue; il laisse les lectures romanesques et paramédicales, jamais instructives et toujours démoralisantes; il ne se croit plus incurable et incapable de reprendre une vie active. Il ne prend pas goût à la fainéantise, ne devient pas un paresseux incapable de réagir physiquement et moralement. En un

mot, grâce au travail, la vie morale du tuberculeux ne s'effondre pas, le champ de sa conscience s'élargit et ne se limite pas à la seule perspective bien bornée de sa maladie; en outre, il se rattache à la vie par ce qu'elle a de plus noble : le travail. » (Roux et Rourre.)

Les Réalisations

Le principe de la cure de travail était séduisant, mais les difficultés surgirent quand il fallut l'appliquer. Où allait-on tenter cette réadaptation du tuberculeux ? Dans quelles conditions allait-on le rééduquer pour lui permettre de gagner sa vie ?

C'est alors qu'on assista, dans tous les pays du monde, à l'éclosion de multiples systèmes : réadaptation au sanatorium, ateliers pour tuberculeux, colonies agricoles, écoles de rééducation se sont partagés la faveur des cliniciens.

Nous avons parlé de la fondation, au moment de l'introduction de la méthode de Patterson, des colonies de Bligny, de Hauteville; elles durent encore.

Avec la guerre, la prospection des tuberculeux s'amplifia par l'action des Conseils de réforme. Le vote de la loi de 1915 pour l'assistance aux militaires tuberculeux rendit plus facile la création de centres de rééducation. C'est alors que furent créées les colonies de Campagnè-les-Bains, de Champrosay, de Boulon-les-Roses, du Béquet. Mais on restait dans le cadre de l'hôpital.

Le Docteur Colet, dans sa *Thèse*, rappelle en ces termes l'expérience du Professeur Leuret :

« Au Béquet, les tuberculeux apyrétiques étaient mis progressivement au travail sous la direction et la surveillance constante du médecin. Le travail s'effectuait dans des galeries couvertes adossées l'une à l'autre et orientées de façon à permettre en tout temps le fonctionnement des ateliers.

« Les tuberculeux se livraient à des travaux de vannerie, à la fabrication des sandales de corde, métier pénible qu'on dut vite abandonner. Le problème de l'écoulement des produits avait été résolu par une entente préalable avec un marchand des halles qui achetait les paniers à fruits et à légumes qu'on lui livrait désinfectés.

« Le bénéfice était réparti minutieusement entre les malades suivant les heures de travail accompli : les malades arrivaient ainsi à se faire une centaine de francs par semaine. »

Après la guerre, les centres de réadaptation se multiplièrent encore, mais avec la même diversité.

Les conceptions, les méthodes varient avec chaque pays. Quel travail est le plus favorable ? Les avis sont très partagés. Et le Docteur Vos, dans son rapport au Congrès d'Amsterdam, en 1932, se lamentait de ce manque d'unité.

En France, sous l'instigation du Docteur Vaudremer, du Docteur Guinard, on préfère le système de la colonie agricole.

Il en est de même en Italie, où le Docteur Guildo Salvini déclare : « Faire revenir notre peuple à son état primitif, notre peuple dont les ancêtres avaient traditionnellement mené la vie des champs, n'est-ce pas un bon moyen de redonner la santé compromise par les nouvelles conditions de vie imposées par le développement intensif de l'industrie ? »

La Grande-Bretagne est surtout le pays des organisations industrielles. Aussi, à côté des créations mi-agricoles, mi-industrielles du Docteur Varrier Jones, dont nous reparlerons, il existe un grand nombre d'ateliers spéciaux destinés à procurer aux tuberculeux le travail qui convient à leur état de santé. Ces ateliers sont surtout dans la banlieue des grandes villes : Leeds, Londres, Liverpool, etc.

En Allemagne, on a fondé des colonies rurales pour les malades sortant du sanatorium. Beaucoup de ces colonies ont échoué. Le travail agricole, qui a donné de bons résul-

tats en Italie et en France, en donne de moins bons en Allemagne : le climat du type continental, avec ses sautes brusques de température, a été incriminé.

La reprise du travail à la campagne a été d'ailleurs très contrebuttée un peu partout. On s'est élevé contre le dogme de la « vie au grand air ». Le travail de la terre est beaucoup trop pénible, a-t-on dit. On est obligé de l'accomplir par tous les temps. A sa sortie, le tuberculeux réadapté trouve très difficilement à se placer à la campagne.

Ces arguments ont de la valeur s'il s'agit de travaux de moisson ou de labourage, mais ils en ont moins s'il s'agit de petite culture, de jardinage, d'horticulture ou d'élevage.

En Suisse, on trouve encore des colonies agricoles autour du Tessin. Mais l'expérience la plus intéressante est celle du Docteur Bachmann, à Mannendorf, près du lac de Zurich. Pour les femmes, il existe en Suisse une association fondée en 1925 et qui a pour but la confection et la vente des travaux faits à l'aiguille; cette association est soutenue par des subsides privés et par une subvention du gouvernement.

Aux Pays-Bas, on a fait un effort considérable sous l'impulsion du gouvernement lui-même : une fédération réunit toutes les organisations de cure de travail et d'assistance post-sanatoriale.

Au sanatorium de « Zonnestral » (Rayon de Soleil), à Hilversum, on espérait faire une colonie où les tuberculeux *pourraient vivre à demeure*, dit le Docteur Vos. On n'a pu le réaliser et, actuellement, Zonnestral est réservé à des malades qui n'ont besoin que d'une *assistance temporaire*.

Ce sont surtout les ateliers qui ont les faveurs, et la réadaptation se fait dans le cadre du sanatorium à Almen, à Jennep, à Apeldoorn. Il existe des ateliers de banlieue. Ce sont les dispensaires qui choisissent parmi les postulants à la cure post-sanatoriale,

En somme, et ce fut la conclusion du Congrès d'Amsterdam, la majorité des cliniciens ont adopté le système de la réadaptation dans le cadre du sanatorium pour des raisons tenant soit à l'économie, soit à la clinique. Mais il est une œuvre qui, depuis dix ans, dépasse toutes les autres par son ampleur et s'attire d'universels suffrages : c'est Papworth.

CHAPITRE II

Les Villages sanitaires anglais

Papworth fut fondée en 1915 par le Docteur Varrier Jones. A proprement parler, le village date de plus tard et les débuts furent bien modestes. Voici comment M. Wollsohn les rapporte dans un travail qui a beaucoup contribué à divulguer la conception anglaise en France :

« En 1915, le Docteur Varrier Jones installa à Bourn, village du comté de Cambridge, une colonie pour tuberculeux. Ce fut l'ancêtre de Papworth. Elle consistait en une vieille maison de campagne entourée d'un hectare de terre, maison depuis longtemps abandonnée qui disparaissait dans une véritable forêt vierge. On y érigea quelques abris individuels, quinze lits où l'on installa les malades (malades à la première période avec et sans bacilles dans l'expectoration). Une surveillante, une infirmière et une cuisinière résidaient dans la maison.

« Peu à peu, on augmenta le nombre des abris et on commença à améliorer la colonie. Il fallait y tracer des chemins, défricher. Il fallait assécher un grand étang et le combler. A cet effet, une tranchée de 1 m. 80 de profondeur sur 25 mètres de long fut creusée par les malades. Dès que tout cela fut fait, on songea à organiser la colonie en vue de recevoir de plus nombreux malades. Le plan était facile : chaque malade vivant dans son abri, il suffisait de construire un plus grand nombre d'abris. Mais il n'y avait pas

à la colonie de charpentier de métier; deux malades, plus habiles de leurs mains que les autres, dessinèrent et construisirent un abri qui servit de modèle. En outre, un ancien soldat tuberculeux, qui avait été jardinier, trouva parmi les malades plusieurs jardiniers volontaires et la forêt vierge devint bientôt un jardin.

« Ainsi la colonie allait se développant, simplement par les « moyens du bord », par le travail de chacun. Le capital apporté pour l'acquisition de la maison et du domaine était de 500 livres sterling. »

On voit, par cet aperçu que nous avons tenu à rapporter *in extenso*, quel énorme mérite eut M. Varrier Jones, mais aussi quelle volonté eurent les premiers malades : sûr d'une collaboration étroite avec ceux qu'il soigne et qu'il dirige, le Docteur Varrier Jones pourra désormais développer son œuvre et, en 1917, il transportera sa colonie à Papworth-Hall, dans un château au milieu des bois et des terres qu'il doit à la générosité d'un mécène. Et il obtiendra ce merveilleux résultat :

« Soigner son malade tout en lui permettant de vivre avec sa famille et de gagner de l'argent, ou tout au moins d'assurer son existence et celle des siens. »

La colonie de Papworth fut rapidement connue du monde entier. Elle est maintenant décrite partout. Nous ne reprendrons pas les détails de son organisation. Cependant, il importe de dégager les principes qui ont permis à M. Varrier Jones de résoudre ce difficile problème médico-social.

Dans le village anglais, deux sections complètement séparées mais interdépendantes :

1° La section de traitement et d'entraînement (Hôpital-sanatorium);

2° La section de travail avec vie familiale (Colonie).

I. — LA SECTION DE TRAITEMENT

a) *L'Hôpital*

Le candidat qui demande à être admis à Papworth est un malade. On s'occupe tout d'abord de le guérir ou de l'améliorer. Il entre, d'ailleurs, quelle que soit la gravité de son cas, à l'Hôpital.

L'Hôpital est, en quelque sorte, la maison-mère de la colonie. Il va jouer un double rôle.

1° *Rôle de mise en observation.* — Si l'entrant est un fébricitant, un « tuberculeux malade », il va séjourner à l'Hôpital le temps qu'il faudra pour que sa fièvre tombe, que ses lésions se cicatrisent ou s'arrêtent dans leur évolution. Tant qu'il nécessite des soins minutieux journaliers, une attention continuelle, on ne l'acceptera pas dans les autres parties de la cité.

Si l'entrant est apyrétique, susceptible d'être immédiatement employé ou tout au moins apte à subir l'épreuve du travail, on le garde peu de temps à l'Hôpital et on va l'envoyer continuer sa cure dans un second organisme : le Sanatorium.

2° *Rôle de prophylaxie.* — L'Hôpital va admettre aussi les colons qui, déjà installés dans le Sanatorium ou dans le village, ont fait une rechute ou même une simple poussée de fièvre.

Ainsi, il est à la fois le centre de « triage et d'épuration ». Les salles de « mise en observation » et les salles de « cure » sont d'ailleurs complètement distinctes.

On trouve dans cet hôpital toutes les catégories de malades, depuis le « early case », tuberculeux au début qui, après une courte période, pourra ou rentrer chez lui guéri ou bien être accepté dans la colonie, jusqu'au tuberculeux incurable, fébricitant qui est retiré ainsi de son foyer

qu'il contamine. Son admission dans la cité adoucit ses derniers jours, car il est toujours bercé par l'espoir de quitter l'Hôpital pour le sanatorium ou la colonie.

« L'espoir du phthisique est tenu en haleine, dit M. Wolfson, encouragé jusqu'au bout; de son lit, il voit les tuberculeux à tous les stades de la convalescence. Il pense sans cesse qu'il ira mieux un jour et qu'il pourra quitter son lit d'hôpital pour l'abri de cure. »

b) *Le Sanatorium*

Le malade, sortant de l'Hôpital, apyrétique mais convalescent va être admis dans un second organisme : le Sanatorium. A vrai dire, ce n'est qu'une section de l'Hôpital, mais, pour y accéder, il faut que le malade soit susceptible « de marcher et de se livrer à un léger travail ». Il faut que son état ne nécessite pas de soins constants. Le Sanatorium est composé d'un ensemble d'abris, 80 environ, groupés autour de l'Hôpital.

Le séjour des malades y est extrêmement variable : trois mois, six mois, mais, dès le Sanatorium, on essaie de les occuper : on applique la cure de travail. Celle-ci s'accomplit d'abord dans la *Section d'entraînement* : dépendance à la fois du Sanatorium et de la Colonie. C'est une station d'essai où l'on juge des possibilités de l'individu. Elle permet de ne pas livrer à lui-même le tuberculeux tant que le maximum de chances de stabilité ou de guérison de ses lésions n'existe pas.

Enfin, couronnement de l'œuvre : le village proprement dit.

II. — LE TRAVAIL DANS LA VIE FAMILIALE

Le malade sortant du Sanatorium est rendu à la vie courante, autant que possible, ou a droit à un cottage dans le village. Mais il faut, pour cela, que sa maladie soit « quiescente », qu'il soit capable de supporter six heures de

travail par jour et qu'il puisse se dispenser de la surveillance constante du Sanatorium. Alors seulement il a droit à la vie familiale.

Cependant, malgré cette « mise en liberté », l'habitant de la colonie est un malade et, à ce titre, est tenu à des visites périodiques et, à la moindre alerte, il doit retourner à l'Hôpital-Sanatorium.

Dans le village, il va contribuer, par son travail, à la bonne marche de la colonie en même temps qu'il assurera l'existence des siens.

Il va choisir parmi les multiples professions qu'il lui est possible d'exercer celle qui se rapproche le plus de sa profession initiale. Il pourra entrer dans une section de menuiserie, de constructions de panneaux-réclames, de maroquinerie (valises, malles), tapisserie, ébénisterie, joaillerie, ou dans la colonie agricole (il pourra se livrer au jardinage, à l'horticulture, à l'élevage, etc.).

Ses chefs seront des anciens tuberculeux comme lui. Car c'est un principe dont Varrier Jones déroge le moins possible.

Tous les postes, aussi bien dans les ateliers que dans les commerces de la cité, sont confiés à des tuberculeux guéris. « C'est tout juste, dit le Docteur Pierret, si on ne lit pas entre les lignes la recommandation officielle anglaise de voir les postes médicaux supérieurs confiés à des médecins anciens tuberculeux guéris. »

Le Docteur Varrier Jones insiste beaucoup sur ce point. « Aucun homme en bonne santé, écrit-il, ne peut se rendre compte véritablement de la condition et du tempérament réel du tuberculeux guéri. On ne peut enseigner à un tel homme en bonne santé la différence qui existe entre l'incapacité physique de travail et le sabotage et la simulation, mais, si l'instructeur a lui-même souffert de cette fatigue particulière, nerveuse et physique produite par la maladie et s'il a réalisé par le traitement approprié comment on pouvait s'en débarrasser, il comprend facile-

ment le phénomène tout particulier de l'inaptitude au travail des anciens tuberculeux et du tuberculeux en voie d'amélioration. »

Preston-Hall. — Devant la réussite de Papworth, les principes de Varrier Jones furent appliqués, quelques années plus tard, en 1920, aux tuberculeux anciens soldats. Un centre de traitement et de réadaptation au travail fut créé pour eux à Preston-Hall. Les délégués de la Fédération des Anciens Combattants, se rendant en septembre dernier en Angleterre pour un congrès, eurent l'occasion de visiter la colonie anglaise de la British Legion et l'un d'eux, enthousiaste, rapporte :

« Dans le cadre merveilleux de l'antique et splendide château dont les pierres semblent vouloir retenir dans leurs pores l'ardeur de ce soleil de septembre qui luit parmi les pelouses vertes et les parterres de fleurs, se revivifient ceux qui, après s'être battus contre l'ennemi, se battent aujourd'hui pour leur vie et triomphent de la mort. »

L'organisation de Preston-Hall n'est pas sensiblement différente de celle de Papworth. Comme à Papworth, deux groupes distincts : l'Hôpital, la Colonie (domaine et industries).

Le Docteur Hazemann, au début de sa brochure sur la cité sanitaire française, rappelle brièvement l'organisation de Preston-Hall :

« Sur un terrain de près de 200 hectares vivent 700 personnes, dont une centaine dans un « Hôtel » pour malades; le reste de la population, étant composé de 125 chefs de famille, vit dans les cottages.

« Avant que le malade puisse passer de l'Hôtel à la Colonie, il faut que la maladie soit stabilisée et permette au malade de s'occuper à la « Section industrielle ».

L'*Hôtel du Sanatorium* est, en quelque sorte, la pépinière; il comprend des malades à tous les stades de la maladie; dès que leur état s'améliore, ils sont dirigés vers les différentes sections du domaine ou des industries.

Les *maisons du Domaine* ont été bâties presque entièrement par les colons. Les loyers varient de 20 à 25 francs par semaine. Chaque villa a son jardin, ce qui fait que les malades peuvent trouver une occupation profitable dans les travaux de jardinage et de basse-cour.

Les *industries* proprement dites comprennent :

- a) Ateliers de montage;
- b) Construction et menuiserie;
- c) Maroquinerie;
- d) Fermes et jardins;
- e) Magasins;
- f) Bureaux.

Ainsi, grande similitude entre Preston-Hall et Papworth. Comme à Papworth, « le colon de Preston-Hall n'est pas installé définitivement dans le village; il ne va pas y finir ses jours. Preston-Hall est un lieu de passage », une école de réadaptation au travail qui tend à faire de ses malades, après un temps d'entraînement plus ou moins long, des hommes capables de reprendre leur place dans la vie ordinaire.

Aussi tous les malades, à part ceux restant à Preston-Hall en qualité de fonctionnaires, chefs d'ateliers, chefs de bureaux, quittent la cité au bout d'un temps variable qui n'excède guère une année.

Le Docteur Mac Dougall écrivait récemment dans *Vivre* :

« Le séjour maximum autorisé a été fixé à cinq années, que nous considérons comme un critérium d'arrêt de la maladie. Je suis sûr que vous trouverez ce critérium raisonnable, car les statistiques, en Angleterre, montrent que les rechutes au delà de cinq ans atteignent juste 3 %. Il n'y a donc aucun intérêt à maintenir indéfiniment des cas arrêtés alors que de nombreux malades peuvent utilement prendre place dans le village. »

Dans un rapport récent, il déclare que, de 1925 à 1933, il admit comme colons à Preston-Hall 179 malades sur 2.219 entrés au Sanatorium, c'est-à-dire 8,07 %.

CHAPITRE III

Le Village sanitaire de Clairvivre

C'est en s'inspirant de l'expérience anglaise qu'on a érigé en France, en 1932, la cité de Clairvivre.

L'idée de la construction appartient à la Fédération des Blessés du Poumon. « Pour la première fois, dit un de ses dirigeants, on voit les malades se grouper et participer activement à la lutte contre la tuberculose, y apporter l'appui de leur expérience. »

Ce projet suscita d'abord un grand enthousiasme.

« Pour une fois, notre pays, si indifférent à toutes les mesures où s'affirme chez d'autres un respectueux souci du capital humain, va inscrire à son actif la plus étonnante réalisation qu'aient pu rêver des hommes en lutte contre le mal. »

Mais, pour réaliser, il fallut de l'argent : la Fédération persuada alors les parlementaires de la nécessité de cette création et, en juillet 1930, la Chambre et le Sénat accordèrent un crédit de 60 millions. Sur ces 60 millions, l'Office national des Mutilés en a distrait 8 pour l'entretien des cottages sanitaires de Saint-Gobain ; le reste fut dévolu, grâce à des interventions décisives, à la construction de Clairvivre.

Alors se posa la question du choix de l'emplacement de la future cité ; on opta pour la forêt de Born, domaine de l'Etat, sur les flancs du Puy Chétif, dans les confins de la Dordogne.

Cette propriété fut louée à bail emphytéotique, les constructions restant la propriété de la collectivité.

Dès lors, les travaux commencèrent et la cité s'éleva rapidement. « En deux ans, de 1931 à 1933, la forêt est arrachée, des routes sont tracées, des constructions gigantesques ont surgi. L'outillage le plus moderne, une armée d'ouvriers ont réussi ce miracle. » Mais la nature s'est défendue, et ce ne fut pas sans dommage pour les entrepreneurs successifs !

Nous avons récemment visité la cité : à la vérité, on doit dire que Clairvivre, vu par un beau soleil, ne manque pas d'agrément. On est d'abord surpris de trouver, au milieu d'immenses bois de châtaigniers, ces constructions ultramodernes, à dimensions de palaces, mais l'aspect général est riant : de larges avenues très éclairées, des villas aux coloris agréables, des parterres de fleurs un peu partout. On doit en féliciter l'architecte, M. Forestier.

Mais, hélas ! si quelques côtés sont séduisants, combien d'autres sont encore en chantier.

De nombreuses critiques ont été émises au sujet du choix de l'emplacement : dans le pays, on n'a pas compris qu'on déracine une forêt, alors que tant d'autres lieux auraient demandé un travail infiniment moindre. On a critiqué le climat de la région.

Si la critique nous paraît justifiée du point de vue financier, il nous semble qu'elle l'est beaucoup moins du point de vue climatique. Le climat de Clairvivre est celui de tout le Sud-Ouest, ni meilleur ni plus mauvais qu'ailleurs.

« Le climat n'a pas pour deux sous d'importance, disait un jour M. Varrier Jones. N'y a-t-il pas en Suisse, en Savoie, dans le Midi de la France, une proportion de tuberculeux aussi forte qu'ailleurs ? Exposé à la contagion, surmené, mal nourri, un ouvrier devient tuberculeux sur la Côte d'Azur comme ailleurs. Placé dans des conditions favorables, il guérit sous n'importe quel climat. »

Au pied de Clairvivre se trouve un étang de dix-huit hectares qui, depuis la construction de la cité, avec un manque de modestie évident, veut s'appeler « lac » ; nous nous sou-

venons de l'époque pas très éloignée où l'on mettait le « lac » à sec pour recueillir et vendre le poisson; c'était un jour de fête pour le pays !

Les dirigeants ont fondé de grands espoirs sur le lac : il doit procurer aux habitants de saines distractions : la pêche, le canotage. On lui reproche maintenant, et avec quelque raison d'ailleurs, d'apporter à Clairvivre des brouillards malsains; il est bien difficile parfois de joindre l'utile à l'agréable !

Quant aux bois de châtaigniers, qui entretiennent une humidité néfaste, a-t-on dit, nous croyons que, dans quelques années, la question sera, hélas ! résolue : les châtaigniers de Clairvivre subiront le sort des châtaigniers du Limousin, qui disparaissent un à un, abattus par une maladie qu'on n'est pas arrivé à combattre encore avec efficacité; question angoissante pour cette région, car, avec le châtaignier, disparaîtra, en même temps qu'une source de revenus, un des plus délicieux agréments de ce coin de France.

La cité de Clairvivre, construite en s'inspirant de l'œuvre de Varrier Jones, se compose de deux parties, comme Papworth : l'Hôpital et le Dispensaire d'une part, la Cité d'autre part.

L'*Hôpital* et le *Dispensaire* sont réunis et édifiés l'un contre l'autre.

C'est un bâtiment de cinq étages dont les services doivent être superposés.

Le rez-de-chaussée est destiné aux contagieux, qui ont leur entrée particulière;

Le premier étage est réservé à la médecine générale;

Le deuxième étage, à la chirurgie;

Le troisième étage, à la maternité;

Le quatrième étage, aux services d'infirmières et aux salles d'opération, qui ont le maximum de luminosité;

Enfin, le solarium.

Les salles sont distribuées en chambres d'un lit, suivant le système Pasteur.

Quant à l'organisation du service médical, elle est complexe. Enumérons le personnel important que demande la cité :

1° Un médecin-chef directeur, qui « devra non seulement tâter le pouls du malade, mais, en quelque sorte, celui de toute la population; sa responsabilité concerne la santé médicale et sociale des habitants »;

2° Un médecin phthisiologue;

3° Un médecin praticien (médecine générale);

4° Un médecin épidémiologiste et pédiâtre, chargé de protéger « les villages voisins contre la cité et la cité contre les villages voisins »;

5° Un assistant interne;

6° Un inspecteur sanitaire veillant à la salubrité des ateliers, à l'hygiène de la cité;

7° Un technicien de laboratoire;

Enfin, des médecins spécialistes qui viendront périodiquement exercer leurs œuvres à la cité.

Adjoint au corps médical, un service d'infirmières important avec, à sa tête, une directrice du service médico-social; elle travaille en collaboration étroite avec le médecin directeur.

La Cité : on retrouve encore des analogies avec Pappworth; les pavillons d'habitation, une section industrielle, une section agricole.

a) *Les habitations* : on accède à Clairvivre par une immense avenue bordée de larges trottoirs. De part et d'autre de cette avenue ont été construits les pavillons.

1° *Les Pavillons*. — Ils sont de dimensions variables afin de permettre l'hébergement de familles nombreuses. Ils sont de onze types architecturaux différents. En principe, ils comprennent au moins : une cuisine, une salle commune, la chambre pour les enfants, la chambre des parents, la chambre du malade avec cure où il peut séjourner jour et

nuit; cette chambre a accès sur un balcon qui fait face au midi.

Naturellement, dans le pavillon, tout le confort moderne : eau courante, salles de bains, chauffage et cuisine à l'électricité.

2° *L'Hôtel*. -- Les célibataires sont également admis à Clairvivre et on a construit pour eux un immense hôtel qui, par ses proportions, frappe le visiteur d'étonnement.

C'est un énorme bâtiment de 160 mètres de longueur et comprenant, avec ses sous-sols, dix étages, huit de ceux-ci étant réservés aux malades. Il est prévu pour 150 locataires environ. Chacun d'eux possède un appartement, c'est-à-dire un living-room, un studio, une sorte de bureau où il lui est possible de travailler sans avoir son lit à côté de lui, un cabinet de toilette.

Le journal *Vivre* en fait un tableau séduisant pour convier les membres de la Fédération organisatrice à venir l'habiter.

« Dès l'entrée, vous êtes frappé par la perspective d'un hall splendide, imposant et majestueux, sur lequel s'ouvre un très large escalier d'honneur vous invitant à l'accès aux étages.

« Près de ce hall, un salon avec des fauteuils confortables et profonds. Une brasserie ruisselante de lumière... »

Bibliothèques, salles de réunions, salles de musique, cinéma, on doit tout y trouver.

b) *L'organisation économique* : la vie de la cité doit être assurée par le travail de ses habitants. Théoriquement, Clairvivre doit être un parfait modèle de vie collectiviste : « Le village est une espèce de coopérative; il sera administré par tout le monde. » (*Vivre*, 1932.) Les ressources doivent venir du prix des loyers, de la vente des produits fabriqués.

Les occupations auxquelles peuvent se livrer les habitants sont diverses :

Une *Section agricole*, dans laquelle il est possible de faire de l'élevage, du jardinage, de l'apiculture. Il y a des vergers

et des jardins qui peuvent approvisionner la cité et peut être faire des bénéfices.

Une *Section commerciale*, qui actionne les magasins généraux, vaste bâtiment qui contient tous les produits dont ont besoin les habitants. C'est, d'ailleurs, une des originalités de la cité, du moins théoriquement : elle veut se passer du reste du monde et subvenir par elle-même à tous ses besoins. Dans ce but, les dirigeants avaient tenu à l'ériger en commune indépendante (Projet Thomas, en juin 1933). Le projet ne fut pas accepté.

Une *Section industrielle*. C'est la grande réalisation du village français et qui, dans l'esprit des créateurs de l'œuvre, devait établir sa supériorité même sur les villages anglais : de façon à éviter un travail pénible et pour avoir un meilleur rendement, Clairvivre « s'est mis en harmonie avec son époque ». Ce sera la machine qui travaillera et l'ouvrier ne fera que la surveiller. Pour l'actionner, on a construit à Clairvivre une énorme centrale électrique que beaucoup trouvent hors de proportion avec la cité.

Cette centrale doit remplir un double rôle :

- 1° Donner la force motrice;
- 2° Fournir le chauffage et l'éclairage de la cité.

Voici en quels termes un dirigeant en vantait les mérites dans un rapport sur le village sanitaire paru en 1932 dans le journal *Vivre* :

« La centrale électrique est le cœur du village. Elle doit être une véritable torche qui éclaire la cité. Nous voulons un éclairage qui n'existe dans aucune ville de France ni d'ailleurs. En plus de l'éclairage ordinaire qui sera un éclairage par réfléchissement genre « Exposition Coloniale », en dehors de cet éclairage très doux qui assurera la sécurité, nous aurons un éclairage par projecteurs. Nous installerons des pylônes de trente-cinq mètres qui projetteront l'éclairage sans gêner personne; cela éclairera presque autant que le soleil. »

Cette centrale assurera la bonne marche des industries.

Ce sont elles qui doivent fournir les principales ressources : industrie de la maroquinerie, de la menuiserie ; mais celle sur laquelle on fondait et on fonde encore le plus d'espoir, c'est l'imprimerie dont on voudrait faire une filiale de l'Imprimerie Nationale. On escomptait au moment de sa fondation qu'elle réaliserait un million de travaux, ce qui avec vingt pour cent de bénéfices ferait une belle somme !

Les agréments de Clairvivre. — Les dirigeants ont pensé avec juste raison que les malades avaient droit à la distraction. Aussi leur offrent-ils de longues promenades aménagées dans les sous-bois, des parties de canotage sur le lac.

A l'Hôtel, toutes les distractions qu'il est possible de trouver dans un grand café.

Un vaste cinéma.

Ils ont prévu même l'aménagement de courts de tennis, de terrains de sport et d'un golf ! Est-ce l'influence anglaise ?

Voici rapidement esquissée l'organisation prévue à Clairvivre. Il est cependant très difficile de la rapporter, car à côté de quelques présents, il y a beaucoup de futurs. Beaucoup de beaux projets sont, hélas ! encore dans les cartons et les travaux interrompus faute d'argent.

En 1934, un an après l'ouverture, seule l'armature de la cité est en voie d'achèvement ; cent quatre-vingts pavillons sont cependant construits, mais très peu sont aménagés. Il en est de même de l'Hôtel et de l'Hôpital.

Les écoles ne sont pas achevées. On a commis une omission regrettable : on n'a rien prévu pour les cultes. Si l'on veut créer une œuvre vraiment sociale qui donne satisfaction à tous, cette lacune doit être comblée.

Mais une cité d'une telle envergure, qui a déjà coûté tant de millions, exige puisqu'elle a été commencée qu'on la mène à achèvement, qu'on la rende viable et qu'on consente à des sacrifices nouveaux, en l'organisant cependant de façon telle que son but médico-social soit atteint.

CHAPITRE IV

Clairvivre et les villages anglais

Les créateurs de Clairvivre ont imité les villages anglais. Nous avons rappelé que le Docteur Hazemann, au début de sa brochure de propagande, déclare s'inspirer de Preston Hall et en esquisse brièvement l'organisation.

Clairvivre a donc le grand avantage de profiter de l'expérience de ses prédécesseurs. Il paraît réunir tous les facteurs d'une réussite éclatante; le village sanitaire français n'a pas eu les débuts pénibles de Papworth. Le Docteur Varrier Jones avait cinq cents livres sterling pour l'achat du domaine et l'installation de la colonie. La Fédération des Blessés du Poumon put disposer de soixante millions !

Et peut-on comparer les petits ateliers de Papworth et de Preston Hall avec la magnifique imprimerie de Clairvivre qui, pensent les dirigeants, aura toujours du travail ?

Le village français a des possibilités pour l'avenir : une cité immense qu'on peut agrandir, des industries qu'on peut développer, car la centrale électrique a un excès de puissance qui ne demande qu'à être utilisé.

Clairvivre paraît donc plus ample, mieux outillé, plus apte à réussir que les villages anglais.

Or les villages anglais ont suscité l'admiration unanime des cliniciens. L'œuvre de Varrier Jones a été reconnue

comme une solution idéale à la question angoissante de l'assistance aux tuberculeux.

Clairvivre, depuis sa fondation, a eu une foule d'adversaires qui l'ont attaqué sur tous les terrains.

Pourquoi cette différence et pourquoi l'expérience française ne serait-elle pas aussi féconde en résultats que l'expérience anglaise ?

C'est que, quoique partant d'un même principe, il y a des divergences profondes de conception.

1° *Différence d'origine.* — Nous avons rappelé avec intention les débuts de Papworth. A l'origine, Papworth est un hôpital autour duquel on érige quelques abris individuels. Ces abris, ce sont les malades eux-mêmes qui, maniant la pelle et la pioche, les construisent. Puis les colons s'unissent, créent des ateliers. Leurs ressources augmentent et la colonie va se développant, de nouveaux cottages se dressant à côté des anciens. Leur nombre passe de quarante à l'origine à deux cents huit ans après.

A Preston Hall, il en est de même : ce sont les malades qui bâtissent de leurs mains les maisons du domaine au fur et à mesure des besoins de la colonie.

A Clairvivre, ce fut tout à fait différent. Et on commit cet illogisme de construire la cité avant de savoir si elle serait habitée. On a mis « la charrette avant les bœufs ». On n'a pas suivi cette rigoureuse loi de nature : la ville commence par être village, le village par être hameau. A Clairvivre, on a construit des pavillons, un hôtel, prévu des magasins, des industries pour une population de trois mille habitants, et on est tout étonné d'avoir des difficultés avec les quelques centaines de malades qui ont répondu à l'appel de leur Fédération.

2° *But.* — Veut-on faire de Clairvivre une « colonie de peuplement » ou une « colonie d'exploitation » ? Les malades y seront-ils à demeure et destinés à y finir leurs jours, ou simplement de passage jusqu'au moment où ils pourront reprendre une activité normale ? Les créateurs de

Clairvivre ont louvoyé entre ces deux solutions. Cependant, on étonnerait beaucoup les habitants actuels si on leur faisait comprendre que dans un ou deux ans, ils devront laisser la place à d'autres. Ils considèrent qu'ils sont à Clairvivre définitivement ou tout au moins jusqu'au moment où ils jugeront bon d'en partir.

La conception française s'éloigne beaucoup sur ce point de la conception anglaise du village de Preston Hall; nous rappelions dans un chapitre précédent que le but du Docteur Mac Dougall était « de faire de ses malades des hommes normaux dans le temps le plus bref possible et de les rendre à la vie ordinaire » capables de se défendre comme avant leur maladie. « Il faut éviter, écrivait-il dans *Vivre*, de considérer la cité comme un home pour le tuberculeux guéri. » Il paraît bien difficile d'appliquer ce principe en France; le pensionné guéri sortant de Clairvivre et trouvant un emploi au bout d'un an, deux ans en dehors de la cité perdra du fait qu'il travaille l'indemnité de soins de dix mille francs. Ne préférera-t-il pas l'oisiveté et la jouissance de l'indemnité? Nous posons la question sans oser y répondre.

Preston Hall comme Papworth reçoit des malades à tous les stades; à l'hôpital peuvent entrer des incurables dans la mesure des lits disponibles et ils peuvent y finir leurs jours sans jamais devenir colons. Trouve-t-on quelque analogie à Clairvivre? Il ne le semble pas. L'hôpital à Papworth est le « centre vital de la cité ». A Clairvivre, il joue le rôle d'un hôpital urbain. D'une conception architecturale différente, il n'en diffère pas quant à sa destination. Si l'on veut nous permettre cette image, l'hôpital à Papworth est « le générateur de la cité »; à Clairvivre, il est en « dérivation » sur la cité. Il ne possède pas comme à Papworth le complément sanatorial qui permet de ne livrer au village que « des colons susceptibles de travailler six heures par jour » et de garder à lui les « advanced cases » qu'on ne peut abandonner sans danger à la « vie familiale ».

Nous ne voulons, pour preuve de cette différence de conception du rôle de l'hôpital, que ce seul fait : Clairvivre a été ouvert aux malades en juillet 1933. Il a accueilli, depuis cette date, environ 150 personnes, alors qu'à l'hôpital le rez-de-chaussée n'est pas encore terminé.

On doit en conclure qu'il a été prévu surtout pour les pensionnés susceptibles de mener immédiatement une vie normale. En somme, une « cité de retraite, de villégiature ».

Entre cette conception du village séjour permanent et du village lieu de passage, les dirigeants de Clairvivre ont trouvé une solution intermédiaire : les pavillons peuvent être loués à court terme, trois mois, six mois, un an. Se rend-on compte de la difficulté que présente dans la pratique l'application de cette formule ? Comment pourra-t-on organiser les ateliers, les industries, les sections agricoles si les colons prennent l'habitude de venir faire un court séjour, trois mois d'été par exemple, et de passer le reste du temps dans leur ancien logis ?

3° *Organisation médicale.* — Même du point de vue médical, il y a des divergences entre le village français et les villages anglais. A Clairvivre, on a voulu opposer le village sanitaire au sanatorium.

« Nous avons voulu, dit M. Delsuc, le village sanitaire pour le traitement des tuberculeux, parce que nous estimions que le traitement sanatorial ne donnait pas les résultats qu'en attendait le corps médical. Au sanatorium, le tuberculeux ne peut pas faire un travail qui lui rapporte de l'argent. Il ne peut en envoyer à sa famille. Impossibilité, par conséquent, de suivre la cure sanatoriale. » Il est évident que le sanatorium, à lui seul, ne peut arriver à permettre à son malade de nourrir sa famille pendant sa cure, même si le sanatorium possède de petits ateliers. Mais il ne doit pas être, pour cela, supprimé au profit du village sanitaire ; leur rôle n'est pas le même. D'ailleurs, le système de Varrier Jones n'exclut pas le traitement sanatorial : il

le complète. Papworth est un tout : village et sanatorium. (Il y a, à Papworth, 80 cabanes sanatoriales en dehors de la colonie.) A ces cabanes sanatoriales on a assimilé, à Clairvivre, les « cures » des pavillons, mais la surveillance clinique des malades vivant de façon indépendante dans une cité est autrement difficile à régler que celle qui s'exerce dans le cadre plus étroit du sanatorium.

A Clairvivre, on tend à admettre surtout des colons, non des malades; à Papworth, en dix ans, 6,9 % des entrants seulement sont devenus habitants définitifs. Clairvivre s'adresse donc à une minorité; de ce fait, son intérêt social est moindre.

Les Habitants

La Fédération des Blessés du Poumon, créatrice de Clairvivre, groupe 100.000 adhérents, mais les pavillons sont surtout réservés aux tuberculeux 100 %. Ceux-ci sont environ 30.000 et bénéficient, pour la plupart, d'une pension de 10.000 francs. Ils reçoivent, en plus, une indemnité de soins de 10.000 francs, « à condition qu'ils ne fassent aucun travail rémunérateur et qu'ils ne soient pas hospitalisés ».

Le village a donc des conditions de réussite exceptionnelles, puisque ses habitants doivent être tous à l'abri du besoin, ce qui leur permettra de pouvoir vivre sans compter sur les bénéfices qu'ils pourront réaliser dans la cité.

Pourquoi, parmi ces milliers de pensionnés, Clairvivre a-t-il de la peine à « recruter les quelques centaines de camarades qui assureraient le succès » ?

Les médecins de dispensaires et les infirmières visiteuses sont unanimes à répondre : « Clairvivre a été ouvert dix ans trop tard. »

Preston-Hall, ouvert pour les malades de la British Legion, a réussi : en 1933, la cité comptait « 555 personnes en résidence ». Les diverses organisations ont fait entrer à

Preston-Hall « une somme de 70.000 livres sterling et 22.000 livres ont pu être distribuées en salaire ».

Mais Preston-Hall a été ouvert en 1920.

Clairvivre a été ouvert en 1933.

Ce qui aurait pu être et qui aurait été certainement un succès aussitôt après la guerre peut fort bien se tourner en échec seize ans après.

Le village français a pourtant, après un an d'existence, 120 locataires environ, dont 40 à l'Hôtel. Papworth n'a atteint ce chiffre qu'en trois ans. Mais Papworth, avec ce même nombre, vivait à plein rendement par ses propres moyens. A Clairvivre, l'expérience médico-sociale n'a pas encore commencé. Ses organisations, prévues pour un chiffre supérieur de colons, ne peuvent encore fonctionner. La cadence de peuplement s'accélérera-t-elle pour permettre la réussite ?

Les tuberculeux de 1919-1920, sortant d'un sanatorium ou d'un hôpital, rentraient dans un logis souvent insalubre; ils avaient devant eux la perspective d'une condamnation au repos jusqu'à la fin de leurs jours, avec le risque de contaminer leur famille. Ces malades auraient accepté avec empressement de se faire soigner dans une cité sanitaire avec l'espoir de devenir un jour colons capables de travailler; d'autant plus qu'à cette époque ils ne bénéficiaient pas de l'indemnité de soins.

Mais, en 1934, les conditions ont changé. Suivant les conseils des infirmières visiteuses, les pensionnés ont abandonné leurs taudis. Ils ont profité des avantages que leur offraient les lois sociales et maintenant, grâce à la loi Loucheur, la plupart d'entre eux ont leur maison. Sur 132 pensionnés 100 %, nous avons compté 23 locataires et 109 *propriétaires*, dont 94 propriétaires de maisons neuves. Dans la banlieue bordelaise, notamment, certains ont acheté des lotissements voisins et se sont groupés. A La Bastide, dans le lieu dit des Gravières, on vous indiquera le « quartier des gazés ». Une douzaine de malades vivent là, avec leur

famille, dans des maisons d'un minimum de cinq pièces, certaines possédant le chauffage central. Un jardin d'agrément devant la maison, un jardin potager derrière. Dans toutes ces maisons, une hygiène parfaite, le malade ayant sa chambre à part, son couvert particulier, son crachoir qu'il fait bouillir journellement.

Les 23 *locataires* habitent, en général, des appartements sains, spacieux. Quelques-uns, cependant, malgré les conseils des infirmières, ne veulent pas quitter des locaux trop étroits et mal aérés parce qu'ils ne veulent pas s'éloigner du quartier où « ils ont des attaches ».

Peut-on espérer trouver parmi ces pensionnés des locataires pour Clairvivre ? Ces malades accepteront difficilement de quitter un foyer, de changer des habitudes qu'ils ont contractées en dix ans de maladie.

Ils ont, évidemment, la perspective de ne plus rester oisifs, de réapprendre un métier.

Mais, depuis tant d'années, ceux à qui l'oisiveté pesait se sont rééduqués d'eux-mêmes. Certains ont contribué à construire leur maison ; on nous en a cité plusieurs cas. La plupart se livrent au jardinage, à de menus travaux.

D'ailleurs, il existe à Bordeaux une école de rééducation qui fonctionne depuis 1915 et qui admet, en même temps que les infirmes, les tuberculeux et les gazés. Nous n'avons cependant relevé, sur les 132 réformés, que 4 cas de malades ayant abandonné l'indemnité de soins pour reprendre leur travail.

Et ils craignent surtout la vie collective, qui les obligera à une discipline ; s'habitueront-ils dans une cité dont ils ignorent l'organisation, sous un climat différent ? Ceux qui n'ont pas leur maison particulière voudraient bien tenter l'expérience, mais il leur faut déménager, quitter un logement qu'ils ne sont pas sûrs de retrouver au retour.

Enfin, beaucoup ne sont pas sûrs de leur village ; aussi ils hésitent et attendent que d'autres ouvrent la voie. Et une cité qui, par les avantages qu'elle offre, devrait avoir

rapidement rempli ses pavillons, se trouve aux trois quarts vide et les dirigeants sont obligés, pour avoir des locataires, de faire une énorme publicité autour de leur œuvre.

Il y a d'autres raisons à ce manque d'enthousiasme : les débuts ont été mauvais. Les crédits s'avérant insuffisants pour terminer le village, les dirigeants, pour pouvoir continuer les travaux, ont été obligés de l'ouvrir prématurément. Aussi on a procédé à une inauguration hâtive et manquée qui impressionna fâcheusement le visiteur ; des locaux non achevés, des chantiers un peu partout, autant de raisons qui ont fait hésiter le colon possible. Les chances de réussite auraient été plus grandes si on avait vu moins grand et fait un tout avec les 60 millions ; c'était possible. Mais Clairvivre n'a pas seulement des difficultés de peuplement. Elle a déjà, quoique bien jeune, des difficultés intérieures. On avait dit aux créateurs que le système de vie collective, avec sa discipline, ne conviendrait pas au tempérament français, essentiellement individualiste. A quoi ils avaient répondu que « le Français accepte fort bien une réglementation minutieuse et constante, le papier timbré et la tutelle administrative que l'Anglais n'admet pas », et ils donnent pour preuve « la vaccination et le service militaire que l'Anglais n'a jamais accepté de façon permanente ».

Or, à Clairvivre, après une existence d'une année, on assiste à des scissions dans la cité, à des polémiques à tout propos, même à des procès. Pourquoi cela ? Parce qu'on a présenté la cité non comme une station de cure, mais comme « un lieu de délices » où le pensionné jouira de gros avantages sans contre-partie. Aussi les malades arrivant à Clairvivre acceptent difficilement les sacrifices qu'on leur demande. On n'a pas fait admettre suffisamment aux colons cet avis donné à Papworth à chaque entrant :

« Ne vous y trompez pas. Vous voici à l'aurore d'une vie nouvelle et saine, d'une vie de travail où vous jouirez d'une

vigueur nouvelle, et c'est à vous de consacrer tous vos efforts à devenir bien portants.

« Vous êtes entourés de choses qui vous viendront en aide dans vos efforts et de gens qui comprennent vos maux et désirent impatiemment faire leur part de travail si vous faites la vôtre.

« Rappelez-vous qu'en tout cas il vous faudra longtemps faire effort, mais que vous ne manquerez jamais de directives qui vous aideront à atteindre le succès... »

CHAPITRE V

L'Avenir de Clairvivre

Il est bien audacieux d'aborder un tel chapitre, car l'avenir peut nous donner de cinglants démentis, d'autant plus qu'il est impossible, après un an d'existence, de porter un jugement définitif sur une création d'une telle envergure. Ce fut, d'ailleurs, la conclusion du rapport du ministre des Pensions dans un récent Conseil de cabinet :

« On ne peut encore préjuger de l'expérience tentée. »

Cependant, par son essence même, l'œuvre s'adressant exclusivement aux tuberculeux de guerre, est éphémère. Quelle sera la destination de la cité quand la Fédération l'aura abandonnée et qu'elle sera devenue propriété de l'Etat ?

Les dirigeants se considèrent d'ailleurs comme des « locataires passagers de la cité ». L'un d'eux écrit dans *Vivre* :

« Notre Fédération trouve une suite logique dans le domaine civil : la maladie dont nous sommes atteints est aussi bien militaire que civile et le sort du tuberculeux qui a perdu son poumon dans les fumées de l'usine est aussi digne de pitié que celui qui l'a perdu dans les tranchées. »

Il y a d'autres raisons qui nous obligent à considérer ce passage de la Fédération à l'Etat : des embarras financiers, des difficultés économiques insurmontables peuvent le rendre obligatoire. Pour le moment, la question ne paraît

pas se poser; les organisateurs du village veulent poursuivre l'expérience et sont assez optimistes; nous avons entendu des orateurs de la Fédération déclarer, au cours de réunions de propagande, que la gestion financière de la cité n'était pas déficitaire; c'est possible. Mais les ressources actuelles proviennent surtout d'expédients : les dirigeants ont organisé d'abord, dans la cité, ce qui pouvait être d'un rapport immédiat : les autobus, le cinéma, le restaurant, une loterie, même, à l'instar de la loterie gouvernementale. Enfin, tout ce qui est ouvert au grand public. Mais il y a lieu de penser que ces moyens s'avéreront rapidement insuffisants.

Aussi, devant les difficultés qui guettent les organisateurs, devant l'acuité du problème social pour les tuberculeux non pensionnés, importe-t-il d'examiner si Clairvivre, dans un avenir plus ou moins lointain, n'aurait pas un grand rôle à jouer dans l'assistance post-sanatoriale.

Clairvivre, malgré ses imperfections d'organisation, est une prodigieuse réalisation architecturale et il serait lamentable qu'il reste inutilisé; si les tuberculeux pensionnés n'arrivent pas à occuper et à faire vivre la cité, qu'on étende le recrutement parmi les tuberculeux civils. Mais, puisque Clairvivre se proposait d'imiter les villages anglais, il faut appliquer les principes de Varrier Jones :

PROJET D'UTILISATION

Nous proposons que, progressivement, Clairvivre consente à admettre les tuberculeux qui ont droit aux soins dans les sanatoria populaires. Auparavant, nous nous permettons une digression :

Notre camarade, le Docteur Salle, vient de publier un travail très intéressant sur l'avenir social des tuberculeux : il conclut que la grande cause de mortalité et de morbidité, c'est l'insuffisance de ressources qui oblige à un travail immédiat dans des conditions défectueuses.

Il étudie, d'autre part, la mortalité pendant les années qui suivent la sortie du sanatorium et il trouve :

- 71 morts la première année;
- 52 morts la deuxième année;
- 18 morts la troisième année;
- 9 morts la quatrième année;
- 11 morts la cinquième année;
- 3 morts la sixième année.

Au bout de cinq ans, la mortalité devient infime. Il en est de même de la morbidité. Cela corrobore exactement les conclusions du Docteur Mac Dougall, qui fixe « à cinq années au plus le séjour d'un malade à Preston-Hall ».

Il importe d'en tirer une leçon pour l'avenir : le *village sanitaire* doit être un lieu de passage. Au bout de cinq ans, le malade qui a travaillé et n'a pas eu de rechutes peut être considéré comme un homme normal. L'assistance aux tuberculeux doit se faire sentir surtout pendant les deux premières années, où les dangers sont les plus graves.

Mais comment pourrait s'opérer le recrutement des habitants ? Il y aurait intérêt à faire entrer Clairvivre *dans le cadre du sanatorium* et, appliquant les principes de Varrier Jones, créer :

- 1° Un centre de cure;
- 2° Une colonie de réadaptation.

CLAIRVIVRE, CENTRE DE CURE

Créer, s'il est possible, en partant de l'Hôpital actuel, un Hôpital-Sanatorium.

Cet hôpital pourrait vivre indépendamment du village avec les ressources ordinaires des sanatoria populaires; on aurait ainsi un organisme qui augmenterait d'un certain nombre de lits l'armement antituberculeux prodigieusement insuffisant. Le Docteur Guinard écrivait déjà en 1927 : « C'est l'Hôpital-Sanatorium qui fait le plus défaut dans l'armement antituberculeux actuel; avant de consacrer des

crédits déjà insuffisants à la création de sanatoria ou de villages sanitaires, centres où il ne faut, en principe, accepter, placer, isoler qu'une catégorie de tuberculeux, nous devrions pouvoir utiliser les premiers fonds à l'organisation d'établissements où seraient pris, casés et traités rapidement tous les bacillifères. »

Or, voici ce que possèdent à l'heure actuelle les départements voisins de Clairvivre :

Dordogne. — Sanatorium de la Meynardie : 112 lits réservés aux hommes;

Corrèze. — Sanatorium de Boulon-les-Roses : 70 lits réservés aux femmes;

Haute-Vienne. — Sanatorium de Boulon-les-Roses (interdépartemental);

Hôpital - Sanatorium du Cluzeau : 200 lits mixtes;

Lot. — Sanatorium de Montfaucon (pour les tuberculeux des P. T. T.);

Gironde. — Sanatorium Xavier-Arnozan : 170 lits réservés aux femmes.

Un Hôpital-Sanatorium populaire interdépartemental a donc toutes les chances d'avoir une réussite immédiate; personne n'ignore les difficultés qu'éprouve le tuberculeux à obtenir un lit, même si son état exige une hospitalisation urgente. Les trois mois qu'exige la plupart du temps son admission sont souvent néfastes pour sa cure.

La Colonie. — Ce n'est que secondairement qu'il y aurait lieu de s'occuper de peupler les pavillons; les habitants seraient recrutés :

1° A l'Hôpital-Sanatorium de Clairvivre;

2° Dans les sanatoria des départements voisins.

Ce recrutement serait facile; le médecin du sanatorium ferait comprendre sans difficultés à son malade l'intérêt qu'il y aurait pour lui à se rééduquer dans la colonie avant de rentrer dans la vie normale. Le malade accepterait d'enthousiasme de vivre quelque temps avec sa famille près du

sanatorium où il pourrait recevoir des soins immédiats dans le cas de rechute.

Et ainsi, progressivement, on pourrait peupler la cité : nous avons dit que Clairvivre se trouvait particulièrement bien situé pour avoir un recrutement régional. A ce propos, nous devons ajouter que la région qui entoure Clairvivre est essentiellement agricole.

Le problème de la tuberculose à la campagne est aussi difficile à résoudre qu'à la ville : les règles d'hygiène y sont encore moins respectées. Il suffit, pour s'en convaincre, de demander l'avis des médecins de campagne. Il y a, notamment dans la région qui entoure Clairvivre, beaucoup de taudis qui ne peuvent trouver leurs égaux que dans la « zone » des grandes villes : des maisons basses, mal aérées, avec de petites ouvertures, des pièces servant à la fois de cuisine, salle à manger et chambre à coucher.

Nous avons eu sous les yeux des exemples lamentables : une famille de quatre personnes qui s'est complètement éteinte en l'espace de cinq années, et qui, pourtant, possédait des ressources suffisantes.

Une autre dont il ne reste que la mère, le père et les trois enfants étant morts successivement.

La propagande antituberculeuse fait moins de progrès à la campagne qu'à la ville. L'œuvre des dispensaires ne s'y fait pas sentir : les infirmières visiteuses sont unanimes à dire qu'il est plus difficile de faire admettre chez les paysans le crachoir et le couvert séparé.

Clairvivre, dans ce domaine, pourrait remplir un grand rôle médico-social.

Ainsi donc, le village ayant surtout un recrutement dans les campagnes, on se trouverait conduit à créer dans la cité une *colonie agricole*.

La colonie agricole, en effet, possède un double avantage :

1° Les malades, dans le cas que nous envisageons, repren-

nent pour la plupart leur ancien métier, ce qui est le meilleur facteur de son rendement;

2° C'est la colonie la moins coûteuse à organiser et dont les produits trouvent le plus facilement un débouché.

Cette colonie agricole, comme celles déjà existantes, pourrait s'occuper de jardinage, d'horticulture, d'aviculture, apiculture et petit élevage. On ne ferait qu'imiter le village de Preston-Hall, qui trouve ses principales ressources dans l'élevage du lapin, de la volaille et du porc.

Simultanément, on pourrait ouvrir des ateliers : menuiseries, vannerie, ébénisterie, qui ne demandent pas de gros capitaux d'installation.

Les dirigeants de Clairvivre ont prévu l'imprimerie, filiale de l'Imprimerie nationale. C'est une excellente idée. Mais ce qui est peut-être possible sur le plan national ne l'est plus sur le plan régional où nous nous sommes placés; l'imprimerie pourrait cependant s'assurer une vie modeste en comptant sur des travaux départementaux et privés.

Mais nous avouerons que nous ne croyons pas à l'avenir industriel de Clairvivre. Loin des grands centres, privées des matières premières, ses industries rencontreraient d'énormes difficultés.

D'ailleurs, d'une façon générale, c'est dans ce domaine que la concurrence est la plus âpre et, les organisations post-sanatoriales n'ayant à leur disposition qu'une main-d'œuvre à capacité diminuée, ne peuvent lutter à armes égales.

ORGANISATION FINANCIÈRE

L'Hôpital-Sanatorium pourrait vivre comme tous les sanatoria populaires : avec les subsides de l'Assistance publique.

Dans la colonie, le problème est plus complexe; cependant, tous les assistés sont, en général, assurés sociaux. Or, un assuré social sortant du sanatorium est, en général, forclos et son invalidité supérieure à 65 %, ce qui lui donne

droit à une pension annuelle s'il a accompli 480 versements. Cette pension varie de 6 francs à 13 fr. 50 par jour, suivant la catégorie. Il est évident que, si tous les malades étaient bénéficiaires de la pension maxima, la vie serait peut-être possible dans la cité, en supposant, de façon optimiste, que la colonie réalise des bénéfices. Mais il est fort probable que les pouvoirs publics devraient fournir un nouvel effort et accorder une subvention annuelle qui pourrait varier suivant les résultats financiers de la cité.

PLACEMENT DES MALADES

Dans le cas particulier où nous nous sommes placés, le problème du placement à la sortie, si difficile à résoudre pour les malades des villes, le paraît moins.

Dans la région du Centre-Ouest où se trouve Clairvivre, la propriété est très morcelée et elle est cultivée, en général, par des métayers. Or, dans le système du métayage, ce n'est pas le chef de famille seul qui se place, mais toute la famille. Et la maladie de l'un n'entrave pas forcément le reclassement de tous.

L'apiculture, l'aviculture, peu connues ou mal pratiquées dans la région, permettraient au colon d'améliorer son budget de façon appréciable.

Ce que nous venons de développer n'est qu'une suggestion sans prétention; elle n'est peut-être pas viable, car nous ignorons les énormes difficultés que présente sa réalisation, difficultés surtout d'ordre administratif.

Il est évident que la vie dans la cité serait plus facile à organiser avec un sanatorium propriété d'une grande Administration (Compagnie, P. T. T.) et des malades pensionnés largement comme ceux qui y sont actuellement.

Mais ce que nous avons voulu mettre en évidence, c'est que l'on n'aboutira à un résultat médico-social intéressant que si l'on prend le départ logique avec l'Hôpital-Sanatorium.

CHAPITRE VI

L'Organisation générale de l'Assistance aux Tuberculeux

Il est évident que l'effort doit porter tout d'abord sur le dépistage précoce des tuberculeux; c'est le moment favorable pour le phthisiologue qui, de son malade, fait un homme normal, rendant inutile l'assistance post-sanatoriale. Mais ce dépistage précoce est difficile; l'ouvrier qui n'a pour vivre que son salaire journalier retarde son entrée à l'hôpital, car il craint la misère pour sa famille; de sorte qu'arrivent dans les services hospitaliers des malades avec des lésions avancées qu'il est impossible de remettre *ad integrum*. Pour les cas au début, les dispensaires non prévenus ne peuvent exercer leur influence. Comment y remédier? Il n'y a pas de solution satisfaisante. Nous citerons cependant ce projet de loi très intéressant de M. Justin Godart : il préconisait de faire accepter par les Conseils de revision tous les tuberculeux ou suspects de tuberculose pour leur faire passer dans des centres de cure et de rééducation l'année qu'ils auraient dû passer normalement à la caserne. Son projet ne fut pas accepté.

Pour le malade reconnu, la société a fait un effort : elle a créé des hôpitaux, des sanatoria, mais certainement en nombre très insuffisant; la loi Honnorat, qui oblige chaque département à avoir son centre de cure, n'a encore reçu partout son application et de nombreux malades attendent plusieurs mois un lit dans un sanatorium.

Pour le tuberculeux à la sortie du sanatorium, l'Etat n'a rien prévu. Il a pourtant un devoir social à remplir. « L'Etat, qui a pris sous son contrôle tous les sanatoria, doit poursuivre son œuvre et assister le tuberculeux jusqu'à son reclassement. » C'est ce qu'ont préconisé M. Piéchaud et M. Lamothe au Congrès d'Amsterdam.

« Les organisations post-sanatoriales abandonnées à l'initiative privée, trop exposée à des défaillances, arrivent à des résultats mesquins ou nuls. L'Etat doit donc assurer, dans un cadre bien établi, les moyens de subsistance des tuberculeux, malades chroniques éminemment curables dès que la cure sanatoriale les a stabilisés. »

Cela permettrait d'abandonner ce système coûteux qui consiste à créer une colonie à des centaines de kilomètres du sanatorium. L'organisation post-sanatoriale doit former un ensemble cohérent, et cela n'est possible qu'avec une unique direction.

La création d'un organisme central permettrait de grouper sanatoria et colonies dans une sorte de Fédération. C'est le système préconisé par le Docteur Morelli en Italie. Il aurait des avantages multiples :

1° Il permettrait une liaison intime entre le dispensaire, le sanatorium et la colonie, liaison indispensable du point de vue médical;

2° Il aurait de grands avantages économiques : il pourrait centraliser les productions des colonies post-sanatoriales et les écouler dans les sanatoria;

3° Il rendrait de grands services pour le placement des malades à leur sortie de la colonie, leur réservant des places dans les sanatoria ou même dans des organisations d'Etat : bureaux, travaux publics, selon leurs capacités.

QUEL GENRE DE COLONIE DOIT-ON ORGANISER ?

L'effort doit porter tout d'abord sur l'édification d'hôpitaux-sanatoria qui permettent d'accepter même les cas

avancés. Puis, c'est dans le cadre sanatorial que la rééducation doit être entamée, favorisée et aidée par le médecin traitant lui-même; cela permet déjà le reclassement de nombreux malades. Les pouvoirs publics doivent donc soutenir les ateliers sanatoriaux. Ils permettent d'éliminer les malades cliniquement guéris, dont les bacilloscopies répétées sont négatives et qui ont supporté sans incident cette première cure d'entraînement.

Pour les malades améliorés : à radiographies stabilisées, mais dont la capacité de travail reste réduite et l'état général précaire, il y a lieu de créer des colonies. Et, tout d'abord, soutenir celles qui existent déjà, ne pas répéter l'erreur de l'Office national des Mutilés, qui transporta la colonie de Cannel, alors florissante, « dans une lande perdue du Var, à Taxil, où elle fut tuée par le soleil et les politiciens ».

C'est pour cette catégorie de malades qu'on a préconisé le village sanitaire; on a vu, par l'exemple de Clairvivre, que ce système, qui consiste à créer de toutes pièces une cité, est artificiel, onéreux et, la plupart du temps, voué à l'échec. Il faut être plus modeste : au lieu du village, favoriser la création du « hameau », mais ne pas espérer que ce hameau pourrait vivre indépendant; il y aurait intérêt à le *spécialiser*. Un groupe de malades vivant dans des pavillons peut fort bien faire vivre une colonie agricole, une industrie.

La spécialisation serait très poussée et réglée suivant les ressources du pays; certaines colonies agricoles, suivant le climat, ne se livreraient qu'à l'élevage ou à l'agriculture; d'autres, à la récolte des fruits, etc. Il en serait de même des industries : vannerie, tissage.

Grâce à l'organisme dont nous avons parlé, qui centraliserait les produits, il serait possible de leur trouver un écoulement immédiat dans les sanatoria.

Le Hameau serait d'ailleurs susceptible de devenir « Village »; de petits ateliers et de petits commerces viendraient

tout naturellement se créer à côté de l'industrie principale.

Mais le système de la « colonie spécialisée » n'est viable qu'en supposant un organisme central.

Dans l'état actuel de l'assistance post-sanatoriale, il est très difficile de faire œuvre efficace. Cependant, on devrait s'attacher à favoriser de façon plus concrète « la création de ces agglomérations autour du sanatorium, où les malades viennent d'eux-mêmes chercher secours et abri, comme autrefois autour de l'oppidum, du monastère ou du château-fort », selon l'heureuse expression du Docteur Piéchaud. C'est la vraie formule du village sanitaire, celle qui laisse libre cours à l'initiative privée dans la vie économique, mais qui permet de poursuivre l'œuvre médicale grâce à la proximité du sanatorium.

Pour cela, les pouvoirs publics doivent pratiquer la politique du terrain en créant les sanatoria dans des lieux où l'extension soit facile, en aidant financièrement le malade pour l'achat et la construction de sa maison.

Le sort des Tuberculeux de guerre

Que doit-on faire pour les tuberculeux de guerre ?

Financièrement, ces malades sont à l'abri du besoin ; la question de l'hygiène de l'habitation paraît à peu près résolue, grâce au zèle des infirmières visiteuses, mais la question du travail ne l'est pas ; nous avons vu les bienfaits de la « cure de travail », moyen puissant de guérison quand elle est bien dosée par l'excellente influence psychique et physique qu'elle exerce. Il importe donc que l'indemnité de soins qu'on leur accorde pour leur permettre une vie calme et reposée ne soit pas une prime à l'oisiveté, fâcheuse à tout point de vue.

Il est évident que sa suppression, du jour où le malade accomplit un travail rémunérateur, ne l'engage pas à chercher à se reclasser. La question du travail des tuberculeux de guerre reste donc une affaire de législation.

La réglementation rend extrêmement complexe et délicat le rôle des médecins et infirmières des dispensaires par la difficile surveillance qu'ils sont obligés d'exercer. Si l'on veut permettre aux tuberculeux de guerre une réadaptation plutôt que des villages sanitaires coûteux dont ils ne sentent pas la nécessité, il importe :

1° De parachever l'œuvre commencée, c'est-à-dire engager les tuberculeux qui habitent encore des logis insalubres à profiter des lois sociales pour avoir leur chez-eux dans un quartier sain où ils doivent se grouper autant que possible ;

2° Créer, près de ces groupements de malades, près de « ces quartiers de gazés », comme aux Gravières, des ateliers tels qu'il en existe dans la banlieue des grandes villes pour les infirmes, ateliers qu'ils seraient tenus de fréquenter et qui réuniraient un certain nombre de corps de métiers.

Pour les malades à capacité de travail trop réduite, on pourrait prévoir, suivant leurs dispositions et leurs possibilités intellectuelles, des travaux d'agrément peu pénibles : pyrogravure, dessin, travail du cuir repoussé, du métal repoussé, ou vannerie, qui offre de grandes possibilités de diversion.

CONCLUSIONS

I. — Le travail est un excellent moyen de cure dans la tuberculose et, bien dosé, doit permettre le reclassement social du malade.

Les œuvres post-sanatoriales qui ont voulu atteindre ce but sont extrêmement diverses, mais notoirement insuffisantes.

II. — Les villages sanitaires anglais de Papworth et de Preston-Hall, unissant dans un même groupement la station de cure et la station de réadaptation, sont arrivés à des résultats très intéressants.

III. — Le village français de Clairvivre, prodigieuse réalisation architecturale, rencontre de grandes difficultés :

1° Parce qu'il a été créé à un moment inopportun : les tuberculeux de guerre auxquels ils s'adresse vivent pour la plupart dans des logements sains présentant les plus grandes garanties d'hygiène et s'étant réadaptés d'eux-mêmes ;

2° Parce que, malgré les apparences, on n'a pas appliqué les principes qui ont dirigé le Docteur Varrier Jones, fondateur des villages anglais.

IV. — Clairvivre s'adressant à une catégorie de malades destinée à disparaître, il est normal de prévoir son passage dans le domaine de l'Etat. Pour son utilisation future, nous préconisons :

1° Etendre l'admission aux tuberculeux civils ;

2° Faire entrer Clairvivre dans le cadre sanatorial en créant un Hôpital-Sanatorium interdépartemental;

3° Lui permettre de faire œuvre de réadaptation au travail par l'établissement d'une colonie agricole.

V. — Les organisations post-sanatoriales, pour faire œuvre utile, doivent devenir organisations d'Etat.

Cela permettrait :

1° D'unir intimement dispensaires, sanatoria et colonies et de former un ensemble cohérent;

2° D'assurer économiquement la vie des colonies par l'écoulement bien réglé des produits dans les sanatoria.

VI. — Le genre de colonie à créer ne doit pas être le village sanitaire, trop coûteux et artificiel, mais le « hameau ».

Chaque colonie doit être spécialisée.

On doit favoriser la création et l'extension d'agglomérations dans le voisinage des sanatoria.

Vu :

Le Doyen,

PIERRE MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

Dr LEURET.

Vu et permis d'imprimer .

Bordeaux, le 8 Décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAN (J.-W.). — Travaux gradués au Sanatorium de Bellefield (*Glasgow Medical Journal*, janvier 1911).
- ARNOZAN. — *Journal de Médecine de Bordeaux*. Editorial, mars 1917.
- AURIACOMBE. — L'assistance post-sanatoriale (*Thèse de Paris*, 1933).
- BAILLET. — Village-Sanatorium, Sanatorium, Hôpital-Sanatorium (*Presse médicale*, 11 décembre 1926).
- BERNARD (Léon). — Papworth, une solution du problème social de la Tuberculose (*Presse médicale*, 21 oct. 1922, p. 1757).
- BOULOMINE. — La colonie sanitaire agricole (*Bulletin de l'Union des Femmes de France*).
- COLLET (Rodolphe). — Les œuvres post-sanatoriales. La cité sanitaire (*Thèse de Bordeaux*, 1932).
- DELSUC. — Rapport au Conseil national des Anciens Combattants (*Vivre*, mars 1930).
- DIJONNEAU. — Les assurances sociales et les infirmes (Ministère des Pensions).
- GUINARD (Louis). — Après le Sanatorium (Rapport présenté à la Commission permanente de préservation contre la Tuberculose. Séance du 1^{er} juillet 1911).
- Assistance post-sanatoriale (Congrès d'Amsterdam, 1932).
- HAZEMANN. — La Cité sanitaire des blessés du poumon. Organisation du Service médico-social (XIII^e Congrès d'Hygiène, Paris, octobre 1933).
- *Revue d'Hygiène et de Médecine sociale*, février 1932.
- LEURET. — Une Œuvre à créer (*Journal de Médecine de Bordeaux*, mars 1917, n^o 23, p. 59).
- MAC DOUGALL. — *Preston-Hall near Maidstone*.
- MALAN GUIDO. — Utilité de la cure de travail (Conférence d'Amsterdam, 1932).
- MORELLI. — Assistance post-sanatoriale (Conférence d'Amsterdam, 1932).
- PIÉCHAUD. — Armement antituberculeux de la Gironde (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1931).
- PIÉCHAUD et LAMOTHE. — L'assistance post-sanatoriale (Congrès d'Amsterdam, 1932).

- PIERRET. — Le Village sanatorium vu à la lumière de l'expérience anglaise (*Biologie médicale*, mai 1931).
- POIX. — Les Tuberculeux et les Administrations (*Revue médicale*, 21 nov. 1928).
- Le placement des Tuberculeux pulmonaires ne ressortissant pas d'un organisme d'assistance (*Paris Médical*, janvier 1929).
- ROUX. — Une Ecole de rééducation au travail pour Tuberculeux (*Presse Médicale*, 22 oct. 1919).
- SALVINI GUIDO. — L'assistenza post-sanatoriale (Congrès d'Amsterdam, 1932).
- VARRIER JONES. — Villages settlements for the tuberculous, 1927.
- Villages settlement for the tuberculous (*The Fractionner*, vol. CXXVI, mars 1931).
- Papworth : report avec the medical Director.
- The economies of after case in Tuberculosis (*British Journal of Tuberculosis*, octobre 1930).
- Rapport au Congrès d'Amsterdam, 1932.
- VAUDREMER. — Etude sociale et prophylactique de la Tuberculose (*Traité d'Hygiène*, MARTIN et BROUARDEL, t. XXIII).
- Colonie agricole de Cannet-Cannes, 1901.
- VIGNES. — De la valeur thérapeutique du travail musculaire (*Thèse Montpellier*, 1914).
- VIVRE. — Journal (mars 1930, septembre 1933).
- VOS. — Rapport du Congrès d'Amsterdam.
- WOLFSOHN. — Les villages sanitaires anglais (*Thèse de Paris*, 1924).

N. B. — Nous n'avons pas reporté toute la bibliographie, extrêmement abondante, sur le sujet de notre travail, mais simplement certaines publications qui nous ont plus particulièrement servi.

